

Encartes
ISSN 2594-2999, Bajo licencia Creative Commons
encartesantropologicos@ciesas.edu.mx



Sesia, Paola; Berrio Palomo, Lina Rosa; Osorio, Rosa María;
Gibbon, Sahra; Nichter, Mark
La pandemia. Año 2
Experiencias diferenciadas, dilemas compartidos y reflexiones múltiples
desde la antropología médica en torno a la covid 19
Encartes, vol. 4, núm 8, septiembre 2021-febrero 2022, pp. 327-349
Enlace: https://encartes.mx/nichter-osorio-gibbon-covid-politica-mexico-inglaterra-eeuu
Paola Mª Sesia ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6284-8988)
Lina Rosa Berrio Palomo ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3787-7028)
Rosa María Osorio ORCID https://orcid.org/0000-0002-3013-5948
Sahra Gibbon ORCID https://orcid.org/0000-0002-5185-9750
Mark Nichter ORCID https://orcid.org/0000-0002-4112-3010
DOI: https://doi.org/10.29340/en.v4n8.262

Disponible en https://encartes.mx



DISCREPANCIAS

LA PANDEMIA. AÑO 2 EXPERIENCIAS DIFERENCIADAS, DILEMAS COMPARTIDOS Y REFLEXIONES MÚLTIPLES DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA EN TORNO A LA COVID 19

PANDEMIC, YEAR 2. DIFFERENT EXPERIENCES, SHARED DILEMMAS AND MULTIPLE REFLECTIONS FROM MEDICAL ANTHROPOLOGY AROUND COVID 19

Debaten: Rosa María Osorio, Sahra Gibbon, Mark Nichter
Moderador: Paola Ma. Sesia*, Lina Rosa Berrio Palomo*

La pandemia que se generó por el virus SARS-cov-2 a partir de finales del año 2019 lleva ya un año y medio afectándonos a escala global en diversas oleadas. En la actualidad (8 de junio 2021) se han registrado aproximadamente 175 millones de casos confirmados, de los cuales casi 3.8 millones de personas han fallecido.[1]

México ha sido uno de los países fuertemente afectados; es el cuarto por número total de muertes registradas por esta causa (228,800), sólo detrás de EUA, Brasil e India. Los datos reflejan un importante subregistro, por lo que, en el caso de México, las mismas autoridades federales de salud han declarado, a partir de un estudio sobre mortalidad excesiva desde el principio de la pandemia, que las muertes asociadas con la COVID son 61% más de las oficialmente contabilizadas.[2]

[1] Véase: https://covid19.who.int/, consultado el 8 de junio de 2021.

[2] Véase: https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/, consultado el 8 de junio de 2021.

* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Pacífico Sur.

ISSN 2594-2999, Bajo licencia Creative Commons
Encartes 8 • septiembre 2021-febrero 2022, pp. 327-349
Recepción: 4 de junio de 2021 • Aceptación: 16 de agosto de 2021
https://encartes.mx





Desde principios del 2020 comenzó la competencia global por las vacunas. Hoy en día la Organización Mundial de la Salud reporta la aplicación de más de dos mil millones de dosis de vacunas en el mundo.[3] Estas cifras, al igual que las anteriores, no dan cuenta de las enormes disparidades entre países ni dentro de cada uno de ellos en cuanto a quiénes se han contagiado más, quiénes han enfrentado sobrecargas de mortalidad y quiénes están recibiendo las vacunas de manera prioritaria. En este último caso, ya hemos visto un proceso de acaparamiento de las vacunas disponibles por parte de los países más ricos. Sólo en los últimos dos meses se han dado procesos incipientes de distribución y oferta que empiezan a plantearse desde la perspectiva de la solidaridad internacional, mientras que apenas se vislumbra la posibilidad de discutir la posible eliminación de las restricciones a la producción y distribución a consecuencia de las patentes de las grandes farmacéuticas, un proceso al que éstas se oponen de manera férrea.

Ante este complejo panorama, abordamos en "Discrepancias" la problemática de la COVID-19 a partir de algunos de los grandes debates que esta pandemia ha planteado desde el principio. Hemos invitado a tres especialistas que desde la antropología médica pudieran reflexionar a partir de sus respectivas experiencias y conocimientos situados, aportando sus reflexiones de México, Gran Bretaña, Estados Unidos y la India, todos ellos países profundamente afectados por la pandemia aun si de manera muy diferentes entre sí, y cuyo manejo de ésta se ha orientado en direcciones distintas. Esto nos permite contrastar la diversidad de respuestas oficiales a la crisis sanitaria y económica.

El primer debate concierne a la relación entre desigualdad y COVID-19. Partimos de la idea misma de una *pandemia*, la cual evoca la imagen de un contagio que es universal y por definición nos puede afectar a todos. Sin embargo, la pandemia ha desenmascarado profundas desigualdades estructurales entre países y dentro de cada uno de ellos, donde el contagio y la muerte han afectado de manera desproporcionada aquellos conjuntos sociales que se encuentran en una situación de mucha mayor vulnerabilidad estructural por sus condiciones de vida, de trabajo, de salud y de acceso a servicios médicos.

---

[3] Véase: https://covid19.who.int/, consultado el 8 de junio de 2021.

El segundo debate se refiere a las vacunas y el surgir simultáneo de los nuevos nacionalismos –o la reedición de los viejos– en tiempos de COVID: se desarrollan diversas vacunas, se aprueban por los organismos de regulación sanitaria de cada país o conglomerado de países (Unión Europea), pero han sido escasas en cuanto a disponibilidad, sobre todo en los primeros meses del 2021. El acceso a ellas ha sido diferenciado entre países ricos y/o productores de vacunas y países pobres y/o no productores; además está el asunto de las patentes y los costos de las dosis de las vacunas producidas por las compañías farmacéuticas. Hemos sido testigos a escala global de una carrera nacionalista por la producción, distribución y compra de vacunas, por lo menos hasta abril de 2021.

Finalmente, no pudimos obviar el debate obligado entre políticas y medidas públicas de contención de la pandemia, en contraste con la enorme preocupación de ver nuestras economías nacionales colapsarse, incluyendo las interconexiones y los costos supranacionales, inevitables en un mundo globalizado. En este caso, nos interesó debatir la encrucijada entre salud pública y economía a partir de las experiencias y los posicionamientos respectivos de nuestros tres participantes.

Post scriptum: Desde junio de 2021, cuando lo textos se terminaron, se ha desatado en el ámbito global la nueva oleada de contagio por la variante Delta del sars-cov-2. Esta nueva variante presenta una altísima infectividad y está afectando a los grupos poblacionales (personas no vacunadas, adultos más jóvenes, adolescentes y jóvenes) de manera diferente de las olas anteriores, de acuerdo con la progresión muy diferenciada de las campañas de vacunación de cada país. Esta nueva oleada de contagios plantea interrogantes a partir de la constatación de que la pandemia está para quedarse un buen rato más, que la inmunidad de rebaño se está volviendo inalcanzable y que nuevas variantes seguirán apareciendo. La situación actual replantea la necesidad y urgencia de desarrollar campañas de vacunación generalizadas, acordadas e implementadas de manera equitativa a escala mundial y no sólo en los países del Norte global que han logrado un acceso privilegiado a las vacunas. Esta pandemia se transforma veloz y constantemente, obligándonos como científicos sociales comprometidos a continuar reflexionando acerca de sus consecuencias cambiantes y sus tremendos costos sociales, cuya distribución es cada vez más desigual. A los puntos de vista presentados a continuación por nuestros tres participantes se les imprime un nuevo sentido de premonición y urgencia.



La pandemia por COVID-19 lleva ya más de un año afectándonos en diversas oleadas. La idea misma de una pandemia evoca la imagen de un contagio (y la muerte que posiblemente lo acompañe) que es universal, es decir, que nos puede afectar a todos. Sin embargo, la pandemia ha desenmascarado profundas desigualdades estructurales entre países y, dentro de cada uno, entre distintos conjuntos sociales. Desde su perspectiva y su experiencia en su propio país o en otro(s) donde ha trabajado, ¿cuáles son sus reflexiones acerca de este dilema entre lo universal y lo específico, entre una vulnerabilidad compartida como humanidad y una vulnerabilidad diferenciada con costos agregados para ciertos grupos sociales?

Rosa María Osorio

Los efectos de la pandemia han evidenciado de manera contundente que los procesos de salud/enfermedad/atención y prevención constituyen "un espía de las contradicciones del sistema", como afirma G. Berlinguer (1975), visibilizando, potenciando y/o agudizando los intereses, desigualdades, conflictos e injusticias subyacentes en cualquier sociedad.

En el caso de México, un estudio recientemente publicado por la UNAM sobre el *Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México* (Ponciano-Rodríguez y Cortés-Meda, 2021) detectó afectaciones diferenciadas según la edad, el sexo, el estado civil, la etnicidad o la situación socioeconómica, por una exposición diferencial al riesgo de contagio. Por ejemplo, según sexo ocurre una incidencia similar entre hombres y mujeres, pero en términos de mortalidad se mueren dos hombres por cada mujer; los grupos de edad con mayor incidencia se ubican entre los 30 y los 34 años, pero con mayor mortalidad entre 60 y 69 años; las personas con comorbilidades como hipertensión, diabetes y obesidad tienen un riesgo mayor de morir y se ha mostrado que estas tres enfermedades tienen una asociación mayor en estratos socieconómicos bajos; casi la mitad de las muertes por COVID-19 se ubicaron en los sectores con una baja escolaridad (primaria completa); pero quizá lo que más evidencia estas desigualdades es la adscripción laboral/socioeconómica de las personas que murieron. Según este informe, 94% de las muertes corresponderían a trabajadores manuales, operativos, amas de casa y jubilados. Esto indica que son los sectores con mayor vulnerabilidad desde varios ángulos, que por sus condiciones de vida no pudieron llevar a cabo un confinamiento

protectivo y tuvieron que salir a trabajar; quienes habitaban en condiciones precarias, viviendas con mala ventilación y hacinamiento, donde simplemente era imposible llevar a cabo prácticas de "sana distancia", higiene u otras medidas preventivas; trabajadores de sectores esenciales a la economía nacional –centros de abasto, transporte público, servicios de limpia, vendedores ambulantes, obreros de la construcción y otras ramas industriales–, que debieron continuar trabajando para la subsistencia familiar, sectores sociales que ahora y siempre han estado expuestos a un riesgo mayor de enfermar y morir, ellos y sus familias. Otro de los aspectos que más evidencian la desigualdad social es el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud, marcando una gran diferencia entre poblaciones urbanas y zonas rurales, población indígena o urbana en barrios marginales. Únicamente la cuarta parte de la población contagiada tuvo acceso a los servicios hospitalarios, mientras que el resto se quedó en su casa o quizá fue atendido en algún consultorio de farmacia o por un médico privado, de lo cual no hay registro. Aun en aquellos casos en los que se logró acceder a un servicio hospitalario, fueron mínimas las oportunidades de que un enfermo grave accediera a terapia intensiva (4% en el IMSS y 20% a escala nacional) o a un ventilador.

Sahra Gibbon

Ya es una obviedad decir que la pandemia de COVID-19 ha dejado al descubierto las desigualdades a escala mundial y local, pero es una obviedad que ha sido una característica continua y llamativa de la pandemia en el Reino Unido. Los mensajes del gobierno británico en marzo de 2020 de que "estamos todos juntos en esto" formaban parte de un énfasis en la necesidad de actuar colectivamente. El primer ministro Boris Johnson dijo al principio de la pandemia que "la sociedad existe", contradiciendo directamente el individualismo de gobiernos conservadores anteriores. Sin embargo, lo que se ha desarrollado y ha seguido revelándose a lo largo de la primera y la segunda oleada de la pandemia en el Reino Unido es que "no estamos todos en esto juntos", que el virus discrimina y que algunos no sólo se ven más directamente afectados por el propio virus, sino también por los esfuerzos para mitigar sus efectos. La COVID-19 en el Reino Unido ha proporcionado una de las ilustraciones más poderosas de los efectos sindémicos de las epidemias (Singer *et al.*, 2017), de cómo las desigualdades sociales existentes y los factores políticos y sociales impactan



en las condiciones de salud resultantes. Como señala Emily Mendenhall (2020), el contexto es lo que importa a la hora de considerar la propagación global y desigual, y las consecuencias de la pandemia de COVID-19.

En el Reino Unido los datos salieron a la luz en marzo de 2020 a través de relatos anecdóticos de tasas más altas de COVID-19 y de muertes entre las comunidades de minorías étnicas, primero entre los profesionales de la salud, luego entre los conserjes, personal de limpieza y posteriormente otros trabajadores claves. A medida que los datos empezaron a recogerse de forma más sistemática, resultó cada vez más evidente que aquellos que no podían trabajar desde casa y habitaban en viviendas sobrepobladas en zonas urbanas desfavorecidas estaban más expuestos y eran estructuralmente más vulnerables al virus. El Reino Unido ha experimentado una de las peores tasas de mortalidad de Europa, ya que no sólo la edad, la discapacidad, el género y la ubicación regional determinan los contornos variables de la pandemia, sino que también las comunidades negras, asiáticas y de otras minorías étnicas se han visto afectadas de forma significativamente desproporcionada. Aunque las conclusiones del reciente *Informe Sewell sobre disparidades raciales y étnicas*,[4] encargado por el gobierno británico, destacan el papel de algunas de estas vulnerabilidades estructurales (por ejemplo empleo, ingresos, ubicación y vivienda) en las disparidades sanitarias de la COVID-19, lo que sigue sin abordarse es cómo las formas históricamente arraigadas y actuales de "racismo estructural" han dado forma a las desigualdades de la pandemia en el Reino Unido. Como yo misma y mis colegas hemos argumentado en otro lugar, existe una biopolítica de la COVID-19 en el Reino Unido que no se ha examinado lo suficiente como para considerar cómo los procesos históricos, incluyendo el colonialismo y las formas de nacionalismo nostálgico, han dado y siguen dando forma a las desigualdades que todavía se están produciendo en el Reino Unido (Gamlin *et al.*, 2021).

El trabajo de los antropólogos médicos ha demostrado desde hace tiempo cómo el "*leitmotiv* de las desigualdades" es una característica central y constante de las epidemias de enfermedades infecciosas (Farmer, 1996). No está claro hasta qué punto el desenmascaramiento de esas des-

[4] Véase: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/974507/20210331_-_CRED_Report_-_FINAL_-_Web_Accessible.pdf, consultado el 13 de agosto de 2021.

igualdades en la pandemia de COVID-19 en el Reino Unido precipitará las intervenciones necesarias para abordar los determinantes estructurales y sociales de la salud o las "causas de las causas". En este momento, el fracaso constante del actual gobierno del Reino Unido a la hora de abordar y aminorar las diferencias sociales y de salud no augura nada bueno.

Mark Nichter

La tensión entre los derechos de soberanía y las responsabilidades globales no sólo se refiere a cuestiones relacionadas con la adquisición, el suministro y la distribución de recursos, el cierre de fronteras y otros aspectos similares, sino también a los valores culturales. Un ejemplo adecuado es la percepción de que las mejores prácticas para el control de la pandemia en los países de ingresos bajos y medios y en países como Estados Unidos deben ser diferentes. Se argumenta que los ciudadanos estadounidenses valoran su libertad hasta el punto de que las cuarentenas, los cierres y otras estrategias de mitigación impuestas por el Estado serán resistidas políticamente, incluso si están basadas en evidencias científicas. Esto lo vimos durante la pandemia de H1N1 de 2009. Los Estados Unidos no siguieron las estrategias con base en la evidencia ciéntifica emitidas por el CDC (Center for Disease Control and Prevention)[5] que en otros países se promovieron decididamente. Esas directrices no se consideraron aptas para los estadounidenses, aunque sí para naciones acostumbradas a lo que se percibe como "gobiernos más autoritarios".

La COVID-19 nos presenta un escenario pandémico muy opuesto a una catástrofe que fomenta la solidaridad mundial. La *débâcle* que presenciamos en la actualidad es el resultado de un "todos contra todos" global. Cada país se ha visto abandonado a su suerte para formular la política de mitigación y competir por los escasos recursos esenciales, ya sean máscaras, ventiladores, tanques de oxígeno, medicamentos o vacunas. El control de cualquier pandemia exige las cuatro Cs: cooperación internacional (intercambio de información y transparencia), colaboración (adopción de estrategias comunes de mitigación basadas en la evidencia científica), coordinación (aplicación de protocolos centralizados y descentralizados para la mitigación de la enfermedad y la recopilación de datos) y compasión (reconocimiento de los derechos humanos y una responsabilidad global para la distribución de re-

[5] Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos.



cursos vitales dentro y fuera de las fronteras). En lugar de las cuatro Cs, bajo la presidencia de Donald Trump hemos visto políticas de "America First" (Estados Unidos primero) impulsadas en gran medida por un nacionalismo populista de derecha y las políticas de culto a la identidad que fomentan la polarización y el aislamiento. Lo que vimos fue a un gobernante que no solo abdicó de la responsabilidad moral de Estados Unidos como líder sanitario mundial, sino que socavó la propia credibilidad de la OMS, así como de los defensores de la ciencia basada en la evidencia dentro de su propio país. Esta ruptura de confianza ha llevado a millones de ciudadanos estadounidenses a cuestionar la validez de los conocimientos que van surgiendo sobre la COVID-19 por considerarlos *fake news*, y ha alimentado una "infodemia" de teorías conspirativas y otras formas de desinformación propagadas por pseudoexpertos en medios como Fox News.

Cuestionar la extralimitación del gobierno y exigir la libertad de hacerlo como uno considere oportuno se ha convertido en el grito de guerra de un porcentaje considerable del partido republicano, al mismo tiempo que el número de muertes por COVID-19 ha aumentado y el impacto de la vulnerabilidad estructural y las disparidades del sistema de salud ha quedado de manifiesto. Los grupos minoritarios de EEUU han presentado tasas de mortalidad por COVID-19 que duplican o triplican las de la sociedad mayoritaria debido al hacinamiento, a menudo multigeneracional, de las viviendas, el empleo en entornos laborales de alto riesgo, el escaso acceso a la atención médica y la desconfianza. Las tasas de mortalidad entre los ancianos en las residencias asistidas para personas mayores, y entre sus cuidadores, en su mayoría personas de color y mal pagadas, han sido extraordinariamente altas debido en gran parte a la falta de equipos de protección personal (EPP) y a las escasas medidas de seguridad. Además, el negacionismo y la politización de la pandemia han llevado a un subfinanciamiento de los servicios y redes de asistencia en muchos estados, redes esenciales para hacer frente a cualquier pandemia. Entre ellas destacan las redes de asistencia para los pobres, incluida la seguridad alimentaria, y el apoyo necesario para el aislamiento físico de quienes den positivo y no tengan los medios para hacerlo.

Para desviar la atención de las fallidas políticas internas de Estados Unidos, las estadísticas de mortalidad han sido manipuladas y, en algunos casos, suprimidas. También se han intensificado los ataques verbales contra China y los inmigrantes como portadores de enfermedades, espe-

cialmente durante la presidencia de Trump. Como resultado, ha habido un aumento drástico de la violencia contra los estadounidenses de origen asiático y un creciente miedo entre los inmigrantes indocumentados, muchos de los cuales son trabajadores esenciales. Esto ha llevado a muchas personas a evitar las pruebas de COVID-19, lo cual contribuye sin duda a la propagación de la enfermedad dentro de sus propios hogares, comunidades y lugares de trabajo.

Permítanme terminar con una nota positiva relacionada con la COVID-19 y la solidaridad mundial. Más científicos de todo el mundo han investigado y publicado sobre COVID-19 que sobre cualquier otra pandemia anterior. La comunidad científica mundial se ha movilizado como nunca antes se había visto. Esto es un buen presagio para la investigación salubrista y médica en preparación para futuras pandemias.

> Se desarrollan diversas vacunas, las aprueban los organismos de regulación sanitaria de cada país o conglomerado de países (Unión Europea), pero son escasas en cuanto a disponibilidad y el acceso a ellas ha sido diferenciado entre países ricos y/o productores de vacunas y países pobres y/o no productores; además de las controversias con respecto a las patentes y los costos derivados de éstas. Somos testigos en todo el mundo de una carrera nacionalista por la producción, distribución y compra de vacunas. ¿Qué dilemas éticos, políticos y/o sanitarios conlleva que los gobiernos den prioridad a su propia gente, respondiendo así al mandato de proteger primero a sus propios pueblos? ¿Qué implicaciones tendría, por otro lado, que prevaleciera una política solidaria a escala global, como promueve la **OMS**? Finalmente, ¿es todo nacionalismo sanitario necesariamente antagónico o contrapuesto a la solidaridad internacional?

Rosa María Osorio

Es un esfuerzo sin precedentes el hecho de que en el lapso de sólo un año se hayan podido generar varias vacunas contra el virus SARS-cov-2, lo cual demuestra la importancia de la inversión que determinados países destinan a la ciencia y tecnología, a la vez que corrobora la distribución inequitativa de las vacunas.

Las condiciones de generación del conocimiento y la biotecnología asociada se hallan intrínsecamente ligadas a las políticas de financiamien-



to de la investigación básica y aplicada en un esfuerzo conjunto de centros de investigación, gobiernos e industria farmacéutica. Dichas condiciones se articulan con el control de los procesos de producción, comercialización y distribución de las vacunas, y son estos criterios los que determinan cuáles poblaciones son prioritarias en el proceso de vacunación, más allá de la crisis sanitaria o de su vulnerabilidad específica y factores de riesgo asociados a la COVID-19. Las posiciones hegemónicas y los intereses económico-políticos en un sistema global involucran tanto a la industria farmacéutica como las capacidades de negociación, gestión y poder adquisitivo de cada gobierno.

En este mercado global, se observa un crecimiento paulatino de la oferta de vacunas, al menos en las seis marcas farmacéuticas dominantes (Moderna, Pfizer-BioNtech, Oxford-Astra Zeneca, Sinovac, Cansino, Sputnik-V) las cuales cumplirían –según los criterios adoptados por cada país– con los requisitos de eficacia, seguridad y accesibilidad en el mercado, aun si la oferta resulta ser absolutamente insuficiente para cubrir la demanda requerida en un corto plazo en todo el mundo.

Los dilemas ético-políticos involucrados en una distribución más equitativa de las vacunas apuntarían a un deber ser de la solidaridad internacional, en la cual la liberación de patentes o la disminución de ganancias o cotos de poder aparecen como utopías o ideales de un deber ser ético, moralmente deseable. La obligación de cualquier gobierno es mantener o recuperar la salud de sus ciudadanos. Sin embargo, no es legítimo ni ético el acaparamiento o el uso político de las vacunas para otros fines lucrativos, mercantiles o hegemónicos. Los nacionalismos en las vacunas no sólo son egoístas sino también miopes, ya que únicamente podremos mitigar el impacto de la pandemia y alcanzar la tan mencionada inmunidad de rebaño si se actúa a escala global y no sólo nacional. Las medidas restrictivas a la movilidad como un pasaporte sanitario, pruebas PCR, cartilla de vacunación selectiva o cuarentenas obligatorias dirigidas a determinadas nacionalidades conducirían a ciudadanías jerarquizadas por motivos sanitarios, políticas de control, discriminación y racismo. Vivimos en un mundo global con una alta interdependencia e interrelación de los países, y una política nacionalista concentradora de las vacunas no evitará los cruces transfronterizos derivados de la migración y la globalización y tampoco impedirá nuevas oleadas o variantes del virus.

Los organismos internacionales (OMS, OPS, ONU) a través del mecanismo COVAX deberían tener un papel mucho más protagónico y proactivo en la producción local y el suministro de vacunas a los países pobres, acciones que sean realmente vinculantes y no sólo enunciativas, para tener un efecto sustantivo en la redistribución y en evitar el acaparamiento, en aras de paliar esta pandemia a nivel global en la medida de lo posible.

Sahra Gibbon

La retórica de la solidaridad colectiva nacional evocada por el gobierno del Reino Unido al comienzo de la pandemia, en un esfuerzo por movilizarse en torno a la adhesión a las restricciones sociales de aislamiento, se ha reeditado y reposicionado en relación con las vacunas contra el COVID-19, donde a menudo ha dominado una actitud "alcista" de influencia post-Brexit de "hacerlo por cuenta propia". El Reino Unido, incluso cuando anuncia con orgullo una de las tasas más altas de vacunación de la población en todos los grupos de edad (en parte producto de la confianza al menos en el National Health Service,[6] en la comunidad científica del Reino Unido y en los reguladores, si no en el gobierno), también está a la vanguardia del nacionalismo de la vacuna que estamos presenciando actualmente. Al igual que Estados Unidos y Canadá, el Reino Unido está a la cabeza con pedidos superiores a cinco dosis por persona, mientras que muchos otros países no pueden acceder ni a una dosis suficiente para la población, y es poco probable que esos países estén totalmente vacunados el próximo año, si no es que mucho después. Además, a diferencia de otros países ricos del norte, el Reino Unido también se ha mostrado vergonzosamente lento e inactivo a la hora de garantizar la producción y una distribución más equitativa de las vacunas. Esto incluye tanto el incumplimiento de un compromiso declarado de compartir las vacunas a través de iniciativas globales como COVAX como la oposición a las exenciones de las patentes y de los derechos de propiedad intelectual comercial que muchos, incluidos el presidente de EEUU y la OMS, están pidiendo ahora. Mientras que fuera del Reino Unido parece que se está comprendiendo que, en última instancia, el comprensible deseo de proteger y dar prioridad a sus poblaciones nacionales por parte de cada gobierno tiene que cuadrar con las necesidades de solidaridad y cooperación internacional, esto todavía

[6] Servicio Nacional de Salud.



no se ha traducido en una comprensión ni acción significativa por parte del gobierno del Reino Unido.

La situación que estamos viviendo actualmente en el Reino Unido, con la aparición de una posible tercera ola vinculada a nuevas variantes, no sólo pone en entredicho el "éxito" de las vacunaciones en el país, sino que también deja poderosamente claro que el triunfalismo en cuanto a las tasas nacionales de vacunación es inadecuado y erróneo. Como muchos comentaristas científicos han subrayado continuamente, la vacunación global es la única forma de lograr el éxito de las vacunas contra el COVID-19 en cualquier contexto nacional. La variante que ahora se considera dominante en el Reino Unido, la llamada variante Delta, surgió primero en la India, un país que es un centro internacional de producción de vacunas y en el que, sin embargo, el aumento de las tasas de infección también ha interrumpido las cadenas de suministro transnacionales de las que depende el Reino Unido para cumplir su propio calendario de vacunación nacional. Esto ilustra las enmarañadas dependencias transglobales y la geopolítica en la que está inmersa la vacunación contra el COVID-19. Sólo podemos esperar que, en esta llamada "carrera" entre las variantes y las vacunas, el valor que tiene la salud a largo plazo y la ética de la solidaridad internacional, y no sólo nacional, conduzcan a la acción para hacer realidad la equidad global en el acceso y la distribución de vacunas en el Reino Unido y en otros lugares.

Mark Nichter

Las posibilidades de alcanzar pronto la inmunidad colectiva global contra la COVID-19, si es que se alcanza, son discutibles, teniendo en cuenta 1) la facilidad con la que el virus puede transmitirse en interiores y en espacios concurridos tanto por portadores asintomáticos como sintomáticos del virus, 2) los porcentajes significativos de poblaciones que han rechazado o adoptado una actitud de *laissez faire* en lo que respecta a la mitigación de la COVID-19, 3) los millones de personas inmunocomprometidas, 4) unos 80 millones de personas desplazadas en todo el mundo, de las cuales más de 26 millones son refugiados, 5) las dificultades logísticas para el despliegue mundial de vacunas, 6) la aparición de variantes que han resultado ser más o menos transmisibles y perniciosas, y 7) los viajes mundiales y el transporte de mercancías que nos conectan a todos.

Por el momento, lo mejor que pueden esperar la mayoría de los países es la inmunidad comunitaria, que se traduce en tasas de transmisión viral regional lo suficientemente bajas como para mantener abiertas las empresas y las escuelas, y los casos de enfermedad grave lo suficientemente bajos como para que los hospitales no se vean desbordados. Cuando los hospitales se ven desbordados se producen importantes daños colaterales en forma de retrasos en el tratamiento de todo tipo de problemas de salud, el sistema de salud se sobrecarga hasta el punto en que la calidad de la atención se tambalea y aumenta el agotamiento de los trabajadores de la salud, lo que conduce al desgaste y a la escasez de personal. Las comunidades pierden su red de seguridad.

Alcanzar la inmunidad de la comunidad y reducir la COVID-19 hasta el punto de que se convierta en una amenaza manejable es la primera prioridad de cualquier nación. La movilización de una respuesta nacional a una pandemia es necesaria, pero no suficiente. Ninguna comunidad es una isla, y la prioridad de mantener la seguridad de la propia patria debe equilibrarse con las prioridades globales más amplias, necesarias para la contención de la pandemia dado que los virus no conocen fronteras. En el caso de la COVID-19, el apoyo a los esfuerzos de respuesta global no es sólo una cuestión de altruismo, sino un medio para evitar la posibilidad muy real de que futuras oleadas de variantes de COVID-19 entren en la población. La equidad sanitaria resulta imposible de ignorar, porque es probable que surjan variantes más perniciosas de COVID-19 en lugares donde las prácticas de mitigación y el acceso a la atención de la salud son deficientes y la disparidad sanitaria es pronunciada. Estos lugares se convierten literalmente en caldos de cultivo para la mutación del COVID-19.

Esto nos lleva al nacionalismo de las vacunas, la diplomacia de las vacunas y la lucha geopolítica para asegurar tanto las vacunas como los materiales y derechos para producirlas. Las vacunas contra la COVID-19 han demostrado ser notablemente eficaces en la prevención de la COVID-19 grave, la hospitalización y la muerte, así como en la reducción de la transmisión de la COVID-19 y sus variantes. Aunque el cumplimiento de las directrices de salud pública, como el distanciamiento físico, el uso de mascarillas, las pruebas de COVID-19 y el rastreo de los contactos han contribuido a la inmunidad comunitaria de forma valiosa, son las vacunas las que se necesitan para asegurar y mantener niveles elevados de inmunidad. Como ya hemos visto, incluso los países que aplican estrictas directrices



de mitigación de covid-19 han experimentado repuntes que han llevado a bloqueos que han perturbado la vida de la población y han provocado angustia económica y psicológica.

La adquisición y distribución mundial de la vacuna contra la covid-19 plantea un dilema. A pesar de las promesas de buena voluntad para ayudar a garantizar que los países pobres tengan acceso a vacunas eficaces, la gran mayoría de las vacunas altamente eficaces han sido conseguidas por los países ricos. Tras la aprobación de emergencia de las de Pfizer y Moderna, el gobierno de Biden ha realizado un trabajo notable en el despliegue de las vacunas en todo Estados Unidos. En la actualidad, casi la mitad de la población estadounidense ha sido vacunada, con campañas en marcha para llegar a todos los que quieren vacunarse y animar a los que tienen dudas a sumarse a ellos. En comparación, el número de vacunas desplegadas en África asciende a poco más de una dosis por persona para alrededor del 2% de los 1 200 millones de personas que viven en el continente.

Mientras que Estados Unidos está empezando a avanzar en la lucha contra la disparidad de la covid dentro de sus propias fronteras, su historial de respuesta global a la pandemia sigue siendo menos que estelar, aunque está mejorando. La presencia de eeuu en el combate de la pandemia a escala mundial se ha movido a paso de tortuga, mientras que los casos graves de covid-19 se han disparado en los países de renta baja y media (prbm) sin que haya un final a la vista.

Permítanme destacar brevemente tres prioridades de control de la pandemia a escala global.

En primer lugar, es necesario suspender temporalmente los derechos de propiedad intelectual que rigen la fabricación de las vacunas contra la covid-19, aumentar el flujo de materiales necesarios para incrementar la producción de vacunas en los prbm e invertir en una mayor capacidad regional para satisfacer las necesidades de vacunas como piedra angular de la preparación mundial para la pandemia.

En segundo lugar, antes de dar prioridad a la vacunación de toda la población en el futuro inmediato, es vital que países como Estados Unidos ayuden a los prbm a alcanzar la inmunidad comunitaria y a proteger a los trabajadores sanitarios de primera línea de todo tipo (y yo añadiría a su familia inmediata). Proteger al personal sanitario y reducir el número de casos graves de covid-19 mediante la vacunación selectiva de las personas

con mayor riesgo de hospitalización contribuirá en gran medida a proteger los sistemas sanitarios frágiles. Las consecuencias de no hacerlo son nefastas, como demuestran los daños colaterales experimentados durante pandemias pasadas como la del ébola.

En tercer lugar, la India debe ser un receptor prioritario de asistencia para la pandemia, tanto por razones humanitarias como porque es el mayor proveedor de vacunas para los PRBM. Las exportaciones de las vacunas desde la India a los PRBM se paró abruptamente para responder al aumento exponencial de la demanda nacional. Ayudar a la India a contener la COVID-19 y aumentar la producción de vacunas permitirá que éstas vuelvan a exportarse. Al ayudar a la India, los países del primer mundo ayudarán a su vez a los PRBM a recibir las vacunas que tanto necesitan.

Una de las medidas más tempranas y permanentes implementadas por los gobiernos han sido las de distanciamiento social y confinamiento para reducir el número de contagios y posible pérdida de vidas. Esto ha implicado el consecuente cierre o la reducción de actividades económicas y fuertes debates en el seno de cada país en torno a cómo garantizar la salud colectiva sin destruir la economía. A más de un año del principio de la pandemia, ¿cuál es su balance acerca de las medidas adoptadas en su país (o en su experiencia profesional en otros países) en relación con el manejo sanitario en cuanto al sostenimiento de la economía en el contexto de la pandemia?

Rosa María Osorio

En el caso de México, se planteó una falsa dicotomía entre salud o economía. Paradójicamente, no se tomaron las medidas necesarias, oportunas y eficaces en términos de salud, ni tampoco se diseñaron estrategias de apoyo económico. Se establecieron medidas de cierres indiscriminados de empresas, industrias y negocios, lo cual se acompañó con un confinamiento de la población ("jornada nacional de sana distancia"), pero sin medidas sistemáticas ni exhaustivas de contención de la pandemia mediante el aumento del número de pruebas de detección de contagios.

Desde junio de 2020 se estableció una normativa de Semáforo Epidemiológico que pretendía articular las condiciones de evolución de la pandemia (medida básicamente a través del indicador de disponibilidad de camas hospitalarias) con las posibilidades de cierre, apertura parcial



o total de determinadas actividades productivas, de servicios, educativas, recreativas, etc. Sin embargo, al cabo de un año hemos visto que esta política de semaforización respondía más a criterios económico-políticos que epidemiológicos.

En cuanto a la política económica, puede decirse que hay carencia o insuficiencia de programas de apoyo fiscal y financiero a la planta productiva, lo que ha ocasionado el cierre de hasta un millón de negocios y ha derivado en un mayor desempleo, reducción del PIB, decrecimiento económico, incremento de personas en el nivel de pobreza extrema, disminución del ingreso *per capita*, entre otras consecuencias. El Estado mexicano ha sido omiso en esta responsabilidad social y deja a la población a la deriva, en un "sálvese quien pueda y como pueda", o dicho en términos del presidente López Obrador: "si tienen que quebrar, que quiebren".

Según los datos de la CEPAL, América Latina es quizás la región del mundo donde la pandemia ha tenido mayor impacto económico y donde la pobreza y la extrema pobreza se han incrementado como consecuencia directa de la pandemia, dependiendo de las medidas específicas que cada gobierno haya tomado para mitigar dichos impactos. Tres países han tenido peor desempeño, ya que la proporción de pobreza extrema se disparó entre 2019 y 2020: México, Honduras y Ecuador. En toda la región, el promedio de gasto público y ayudas fiscales fue de 4.5% del PIB, pero con diferencias notables, ya que mientras Brasil destinó 8%, en México fue apenas 0.7% del PIB. En un contexto de debilitamiento del mercado interno, el gasto público se ha destinado a financiar proyectos de infraestructura con una cuestionada viabilidad técnica, operativa y financiera, canalizando recursos necesarios para invertir en el sistema de salud y las vacunas, y por otro lado en programas de reactivación económica, créditos blandos e incentivos fiscales, entre otros.

La COVID-19 se convirtió en la primera causa de mortalidad en México durante 2020. Según estos datos oficiales, México es uno de los cuatro países que concentran el mayor número de muertes en el mundo, alta tasa de letalidad, alta tasa de mortalidad, el mayor número de muertes entre el personal sanitario y con un porcentaje de vacunación por debajo de países con un nivel similar de desarrollo. La crisis sanitaria se agudizó por las condiciones en que se encontraba el sector de la salud en México desde finales de 2018; un sistema de salud que el año anterior a la pandemia se hallaba en una situación sumamente crítica. La desaparición del Segu-

ro Popular produjo desfinanciamiento y desorganización de los servicios, desabasto de medicamentos, reducción presupuestal en programas y servicios de salud, recortes al personal sanitario y administrativo en centros hospitalarios, y dejó una infraestructura insuficiente y un personal mal pagado. Ése era el contexto en el cual sobrevino la pandemia de COVID-19, con lo que presenciamos la "tormenta perfecta" en términos sanitarios.

En suma, la falta de políticas públicas sanitarias consistentes y de un plan de contingencia adecuado para la pandemia, políticas de comunicación confusas o equívocas en cuanto a la gravedad del problema, a las medidas preventivas, así como el ocultamiento o manipulación de la información, las políticas económicas de una austeridad a ultranza, falta de apoyos y el desvío de recursos financieros hacia proyectos obsoletos o innecesarios, entre otros aspectos, dan como resultado la peor catástrofe epidemiológica y económica del México reciente.

Sahra Gibbon

Ante la pandemia, todos los países han enfrentado decisiones difíciles a la hora de elegir cómo lograr un equilibrio entre las restricciones sociales y los cierres económicos para proteger la salud pública y evitar un desastre económico a corto y largo plazo. Una vez más, las desigualdades de la COVID-19 se han puesto de manifiesto de forma contundente, ya que algunos sectores se han visto afectados de forma desigual por las medidas de salud pública para reducir la propagación del virus. Si bien el plan de conservación de puestos de trabajo del Reino Unido o las licencias laborales pagadas han ofrecido una protección económica vital para algunos, aunque ciertamente no para todos los afectados por las restricciones económicas, el periodo limitado de dicho apoyo gubernamental plantea nuevas preguntas sobre las consecuencias económicas a largo plazo de la COVID-19.

Aunque los comentaristas científicos del Reino Unido han insistido constantemente en la necesidad, en este contexto, de no ver la salud pública y la economía en oposición, sino como interdependientes, esto no siempre ha sido reconocido por el gobierno. Por el contrario, ha habido un historial no sólo de ir "por detrás de la curva" al no actuar rápidamente para introducir confinamientos nacionales, sino también, en la primera ola de la pandemia, de forma implícita o explícita, de adoptar un enfoque de *laissez-faire* en búsqueda de la "inmunidad de rebaño", que hizo prevalecer a las necesidades económicas. En el Reino Unido hay pruebas de que



sólo después de que los modelos epidemiológicos indicaran que tal política conduciría a cientos de miles de muertes en exceso a finales de marzo de 2020, el gobierno introdujo entonces su primer confinamiento nacional, a pesar de las evidencias de la explosión de casos y muertes en Italia y España muchas semanas antes.

Lamentablemente, éste ha sido el patrón de respuesta del gobierno del Reino Unido a lo largo de 2020; ha sido lento en actuar y ha enviado mensajes confusos al público sobre la necesidad de abrir la economía mientras se protege la salud pública. Esto fue más visible a finales del otoño de 2020 con el aumento de los casos vinculados a la nueva y mucho más transmisible "variante Alfa" identificada por primera vez en Kent, y muchos comentaristas científicos pidiendo un breve confinamiento que funcionara como "interruptor" para detener el rápido aumento de los casos. Las peticiones fueron ignoradas por el gobierno, que, en cambio, optó por mantenerse firme en su promesa de "no cancelar la Navidad". A diferencia de otros países europeos, cuyas crecientes tasas de casos y muertes provocaron el cierre de la economía a través de encierros nacionales desde principios de diciembre, el gobierno del Reino Unido se resistió, permitiendo que se celebraran algunas reuniones familiares en ciertas regiones del país durante el periodo navideño, a pesar del aumento de los casos. El 4 de enero, el Reino Unido entró en su tercer confinamiento nacional, que se prolongó durante más de tres meses, mientras se experimentaba un periodo de tasas de mortalidad sostenidas y escandalosamente altas que, en última instancia, resultó mucho más mortífero que el de la primera oleada. Aunque la investigación oficial prevista sobre la gestión gubernamental de la pandemia aún no ha revelado por completo cómo la actuación rápida y la imposición de confinamientos nacionales podrían haber evitado la devastadora segunda oleada de muertes por COVID-19 en el Reino Unido, muchos siguen convencidos de que los retrasos del gobierno y los fallos en la toma de decisiones en este momento fueron un factor contribuyente.

Mark Nichter

La pregunta política más controvertida que ha surgido durante la pandemia de COVID-19 es hasta qué punto es necesario equilibrar las medidas y búsqueda de resultados desde la salud pública con los costos económicos y psicológicos de la supresión de la enfermedad. Dicho de otro modo, ¿cuál

es el equilibrio entre salvar vidas adoptando medidas de mitigación de la COVID-19 (es decir, uso de mascarillas, distanciamiento físico, encierros, mandatos de vacunación) y colocar a otros miembros de la comunidad en una posición precaria cuando se consideran los costos económicos de estas medidas en sus trayectorias de vida?

Durante el último año hemos sido testigos de la toma de decisiones sobre la pandemia guiadas tanto por la salud pública como por los intereses económicos. En general, los países que han sido más proactivos en la supresión de la COVID-19 han obtenido mejores resultados que los que han retrasado las intervenciones en favor de mantener las economías abiertas el mayor tiempo posible. Más allá de esta observación general, permítanme compartir algunas reflexiones sobre lo que ha sucedido en los Estados Unidos como una forma de ampliar nuestro pensamiento sobre el equilibrio entre la salud pública y las prioridades económicas en la época de la COVID-19. Sin duda se escribirán volúmenes sobre el tira y afloja que se ha producido entre los estados que han favorecido estrategias pro-empresas en la gestión de la COVID-19 (por ejemplo Florida y Texas) y los estados que han priorizado la salud pública (por ejemplo Nueva York y California).

Permítanme compartir brevemente tres observaciones. La primera proviene de mi participación en equipos de salud pública encargados de asesorar a mi propia universidad, al condado y al estado de Arizona sobre la pandemia emergente. En todos los casos, la información ofrecida habitualmente a los administradores por estos grupos de expertos era de alta calidad y abarcaba datos sobre la importancia de las pruebas de COVID y el rastreo de contactos, la presencia del virus en las aguas residuales de los edificios universitarios, las tasas de hospitalización y mortalidad, la aceptación de la vacunación, etc. Aunque fueron bien recibidos, mis colegas de salud pública y yo a menudo nos sentimos como si estuviéramos remando contra fuertes corrientes que querían mantener los negocios abiertos y privilegiar la economía, excepto durante las oleadas de COVID-19, cuando las tasas de transmisión y hospitalización han sido inusualmente altas. Al igual que los trabajadores sanitarios de primera línea a los que apoyé como miembro de la organización sin fines de lucro HCWHOSTED (Healthcare Workers Hosted), mis colegas de la sanidad pública a menudo han tenido una sensación de angustia moral, si no de indignación, cuando se han enfrentado al flagrante desprecio de las prác-



ticas de mitigación de sentido común por parte del público en general, y a cambios prematuros en las políticas de uso de cubrebocas y reapertura de los negocios.

Una segunda observación es que los cambios en la política relacionada con la COVID-19 sancionados por nuestro gobierno estatal en nombre de mantener nuestra economía fuerte no siempre han sido adoptados por la población en general, la cual se ha mantenido cautelosa y ha desconfiado de las motivaciones de los políticos. Los empresarios han tenido que decidir sus propias políticas de uso de mascarillas y distanciamiento físico, dadas las preocupaciones de sus empleados y clientes. Lo que quiero decir es que, a la hora de evaluar lo que ha ocurrido en mi estado, es importante tener en cuenta no sólo las políticas gubernamentales, sino también las prácticas de las empresas y las instituciones educativas, la confianza del público y lo que la gente ha decidido hacer con el pasar del tiempo, teniendo en cuenta tanto su sentido subjetivo de riesgo como sus formas de ciudadanía en el ámbito de la salud. En los Estados Unidos, los medios de comunicación tienden a dar un carácter sensacionalista al incumplimiento de las medidas de salud pública. Argumentaría que la adhesión a las medidas confiables de salud pública, frente a los cambios de política *laissez-faire* de COVID-19, es igualmente importante. Para muchos, una buena salud pública es igualmente buena para los negocios.

Una tercera observación se refiere a lo que significa ser pro-empresas durante la pandemia de COVID-19, visto a través de las lentes de la salud pública. Las necesidades de seguridad de los trabajadores esenciales no han sido bien atendidas durante esta pandemia. Esto se extiende más allá del suministro de equipos de protección personal, de las mejoras en la ventilación, de las pruebas de rutina y de alojamiento de apoyo en caso de que los trabajadores necesiten aislarse de sus hogares. Las buenas prácticas empresariales deberían también incluir permisos pagados para hacerse las pruebas y para que los trabajadores no permanezcan en el trabajo mientras son contagiosos o están enfermos, y licencias pagadas si sufren efectos secundarios después de vacunarse. En el futuro, estas disposiciones deben considerarse fundamentales para la preparación ante una pandemia.





Bibliografía

Berlinguer, Giovanni (1975). *Medicina y política*. México: Quinto Sol.

Diario BBC, 20 de mayo 2021.

Farmer, Paul (1996). *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.

Mendenhall, Emily (2020). "covid-19 syndemic is not global: context matters". *Lancet,* vol. 396, núm. 10264, p. 1731. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32218-2

Ponciano-Rodríguez, Guadalupe y Alejandro Cortés-Meda (2021). "Impacto de los determinantes sociales de la covid-19 en México". *Boletín sobre covid-19,* vol. 2, núm. 17, pp. 9-13.

Gamlin, Jennie, Sahra Gibbon y Melania Calestani (2021). "The Biopolitics of Covid-19 in the uk: Racism, Nationalism and the Afterlife of Colonialism", en Lenore Manderson, Nancy Burke y Ayo Wahlberg (ed.), *Viral Loads: Anthropologies of Urgency in Time of covid-19.* Londres: ucl Press

Singer, M., N. Bulled, B. Ostrach, B. y E. Mendenhall (2017). "Syndemics and the biosocial conception of health". *Lancet.* 2017; 389: 941-950. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X

Paola María Sesia es profesora-investigadora titular del ciesas-Pacífico Sur. Es historiadora, antropóloga médica y salubrista, con un doctorado en antropología sociocultural y la maestría en salud pública. Sus áreas de especialidad incluyen la salud materna, neonatal y reproductiva, la mortalidad materna e infantil, así como problemáticas de nutrición. Sus intereses parten desde una perspectiva que contempla las políticas públicas en salud, la desigualdad social, la violencia estructural y los derechos humanos, con un enfoque particular hacia la salud de los pueblos indígenas. Ha coordinado la publicación de ocho libros y ha publicado más de cuarenta artículos o capítulos. Ha sido directora regional del ciesas-Pacífico Sur en dos ocasiones y coordinadora del programa de posgrado de dicha institución. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores desde 2003.



Lina Rosa Berrio Palomo es doctora en Antropología por la UAM-Iztapalapa y profesora investigadora del CIESAS-Pacífico Sur en la línea de antropología médica. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Actualmente trabaja en una investigación sobre salud reproductiva de mujeres afromexicanas e ikoots en la Costa Chica e Istmo de Oaxaca. Ha coordinado diversos proyectos sobre salud reproductiva y es autora de varias publicaciones y acompañado procesos organizativos de mujeres indígenas y parteras por varios años. Sus temas de investigación son salud reproductiva, género, antropologías feministas, pueblos indígenas y afromexicanos.

Rosa María Osorio es profesora-investigadora en el CIESAS-Ciudad de México. Antropóloga física, maestra en Antropología Social y posteriormente en Antropología de la Medicina y doctora en Antropología Social y Cultural. Es docente en el Posgrado de Antropología del CIESAS-CDMX y en diversas instituciones nacionales e internacionales. Actualmente coordina el Seminario Permanente de Antropología Médica del CIESAS. Sus líneas de investigación incluyen la cultura médica materna y la estructura de autoatención, trayectorias de atención, procesos de cronicidad, servicios de salud y políticas públicas. Entre sus publicaciones destacan *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, *La Antropología Médica en México* y la *Bibliografía de la investigación social en salud en México (1918-2018)*.

Sahra Gibbon es profesora asociada de Antropología Médica en el Departamento de Antropología del University College de Londres. Ha llevado a cabo investigaciones etnográficas en el Reino Unido, Cuba y Brasil, examinando el desarrollo de la genómica, la salud pública, el activismo, el género y la identidad. Coordina la Red de Investigación de Cohortes de Nacimiento Biosocial, financiada por el Wellcome Trust y el recién creado Máster en Antropología Médica Biosocial de UCL. Sus publicaciones recientes incluyen *Routledge Handbook of Genomics, Health and Society* (2018), y con colegas de UCL, México y Brasil, *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*, publicado en 2020. Es editora con Jennie Gamlin de la serie de UCL Press titulada *Embodying Inequalities. Perspectives from Medical Anthropology*.

Mark Nichter es Profesor Emérito Regents y excoordinador del Programa de Posgrado en Antropología Médica de la Universidad de Arizona. Tiene el doctorado en Antropología y un máster en Salud Pública, y formación postdoctoral en psiquiatría cultural y antropología clínica. Miembro del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Arizona, ha publicado ampliamente y es muy conocido en las comunidades académicas de ciencias sociales de la salud y de salud global. Ha sido asesor de organizaciones internacionales de salud y desarrollo y miembro de varios páneles del Instituto de Medicina de EU. En la actualidad es miembro de tres grupos de trabajo relacionados con COVID-19 y cofundador de HCW-HOSTED.org, una coalición de apoyo a los trabajadores de la salud y sus familias en la pandemia.



CONTENIDO

Vol. 4, núm. 8, septiembre 2021-febrero 2022
https://encartes.mx
ISSN: 2594-2999

TEMÁTICAS



REALIDADES SOCIOCULTURALES

ENCARTES MULTIMEDIA

ENTREVISTAS

DISCREPANCIAS



RESEÑAS CRÍTICAS



DIRECTORIO







Encartes, año 4, núm 8, septiembre 2021-febrero 2022, es una revista académica digital de acceso libre y publicación semestral editada por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, calle Juárez, núm. 87, Col. Tlalpan, C. P. 14000, México, D. F., Apdo. Postal 22-048, Tel. 54 87 35 70, Fax 56 55 55 76, encartesantropologicos@ciesas.edu.mx. El Colegio de la Frontera Norte Norte, A. C., Carretera Escénica Tijuana-Ensenada km 18.5, San Antonio del Mar, núm. 22560, Tijuana, Baja California, México, Tel. +52 (664) 631 6344, e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, A. C., Periférico Sur Manuel Gómez Morin, núm. 8585, Tlaquepaque, Jalisco, Tel. (33) 3669 3434. Directora de la revista: Ángela Renée de la Torre Castellanos. Alojada en la dirección electrónica https://encartes.mx. ISSN: 2594-2999. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de la revista.